

MESTRADO EM TEMAS DE PSICOLOGIA  
NEUROCOGNIÇÃO E LINGUAGEM

# Estudo da ansiedade em pacientes com Insuficiência Cardíaca

Tatiane Fidelis da Silva Foltran

**M**

2018



**Universidade do Porto**  
**Faculdade de Psicologia e Ciência da Educação**

**ESTUDO DA ANSIEDADE EM PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA**

**Tatiane Fidelis da Silva Foltran**

**10/2018**

Dissertação apresentada no Mestrado em Temas de Psicologia,  
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade  
do Porto, orientada pela Doutora Maria Teresa Limpo Hargreaves de  
Sousa Dias (FPCEUP) e co-orientada pela Professora Doutora Lia  
Paula Nogueira Sousa Fernandes (FMUP).

## **AVISOS LEGAIS**

O conteúdo desta dissertação reflete as perspectivas, o trabalho e as interpretações do autor no momento da sua entrega. Esta dissertação pode conter incorreções, tanto conceptuais como metodológicas, que podem ter sido identificadas em momento posterior ao da sua entrega. Por conseguinte, qualquer utilização dos seus conteúdos deve ser exercida com cautela.

Ao entregar esta dissertação, o autor declara que a mesma é resultante do seu próprio trabalho, contém contributos originais e são reconhecidas todas as fontes utilizadas, encontrando-se tais fontes devidamente citadas no corpo do texto e identificadas na secção de referências. O autor declara, ainda, que não divulga na presente dissertação quaisquer conteúdos cuja reprodução esteja vedada por direitos de autor ou de propriedade industrial.

## **AGRADECIMENTO**

A todos aqueles que sempre estiveram ao meu lado e acreditaram em mim. Mesmo nos momentos mais difíceis, me deram todo o suporte para continuar em busca da realização dos meus sonhos.

Rodrigo Foltran

Vera Lucia Granemann

Ademar Fidelis

Murilo Fidelis

Yaros Foltran

Nathércia Torres

Ana Paula Azzam

Claudineia Silva

Daniele Negrão

Maria da Graça Saldanha Padilha

Maria Cristina Antunes

A minha amiga Ems

A todos os meus pacientes

A minha orientadora Teresa Limpo

A colega Andréia Nunes

E especialmente para meu avô José Prange.

## RESUMO

A insuficiência cardíaca (IC) é um diagnóstico incapacitante e de prognóstico desfavorável, considerado um problema de saúde pública mundial e a primeira causa de morte quando comparada às demais doenças cardiovasculares. Estudos sobre a relação entre transtornos psicológicos e doenças cardiovasculares têm mostrado o aumento do risco e agravamento do prognóstico destas doenças. Os sintomas psicológicos mais presentes nesta população são a ansiedade e a depressão, embora exista pouca investigação relacionando a ansiedade no contexto da IC. Este estudo teve como objetivo analisar as características dos pacientes de IC, relacionar os seus níveis de ansiedade com a depressão, idade, FEVE, desempenho cognitivo, qualidade de vida (QV) e personalidade. Para isso, examinamos 89 pacientes diagnosticados com IC. Os resultados mostraram que maiores níveis de ansiedade estão associados a maiores níveis de depressão, pior desempenho cognitivo, percepção de pior QV e menor estabilidade emocional. Contudo, quando controlamos os efeitos da depressão, notou-se que a ansiedade continua afetar o desempenho cognitivo, a estabilidade emocional e a QV. Estes resultados têm importantes implicações para a prática clínica e para a pesquisa no campo da psicologia, mostrando-nos a possibilidade de desenvolver melhores abordagens e manejo destes pacientes em ambiente de ambulatório.

*Palavra-chave:* insuficiência cardíaca, ansiedade, depressão, desempenho cognitivo, qualidade de vida, personalidade.

## ABSTRACT

Heart failure (HF) is a disabling diagnosis with an unfavorable prognosis, which is considered a worldwide public health problem and the first cause of death when compared to other cardiovascular diseases. Research showed that the relationship between psychological disorders and cardiovascular diseases increases the risk and worsen the prognosis of these diseases. Despite being the most present psychological symptoms in this population, anxiety and depression have received little attention in the context of HF. This study aimed to analyze the characteristics of HF patients, to relate their anxiety levels to depression, age, LVEF, cognitive performance, quality of life (QoL) and personality. For that, we assessed 89 patients diagnosed with HF. Results showed that higher levels of anxiety were associated with higher levels of depression, worse cognitive performance, perception of worse QoL, and lower emotional stability. However, when depression levels were controlled for anxiety continued to affect cognitive performance, emotional stability, and QoL. These results have important implications for clinical practice and for research in the field of psychology, by opening the possibility for improving the management of these patients in outpatient care.

*Key words:* heart failure, anxiety, depression, cognitive performance, quality of life, personality.

## Introdução

A insuficiência cardíaca (IC) é considerada uma síndrome clínica caracterizada por sintomas (e.g., dispneia, edemas, fadiga) e sinais típicos (e.g., pressão venosa jugular elevada, crepitações pulmonares, edema periférico), causados por uma anomalia na estrutura ou na função cardíaca que resulta na redução do débito cardíaco e/ou numa elevada pressão intra-cardíaca em repouso ou esforço (Ponikowski et al, 2016). Possuindo quatro diferentes classificações, segundo a New York Heart Association (NYHA), sendo estas: classe I – dispneia aos esforços não habituais, como subir uma ladeira; classe II – dispneia aos esforços médios, como caminhar em ambientes planos; classe III – dispneia a esforços pequenos, como tomar banho; classe IV – dispneia no repouso. A IC constitui um diagnóstico incapacitante e de prognóstico desfavorável, atualmente tida como um problema de saúde pública mundial e a primeira causa de morte quando comparada com as demais doenças cardiovasculares (Bocchi et al., 2009; Felker, Adams, Konstam, O'Connor & Gheorghiade, 2003). Para que o paciente possa receber o diagnóstico correto da classe de IC à qual pertence, o médico deverá realizar a medição da fração de ejeção do ventrículo esquerdo (FEVE), ou seja, medir a percentagem de sangue que sai do coração cada vez que se contrai. A FEVE possui três classificações, sendo estas: IC com fração de ejeção reduzida (ICFER) ou FEVE < 40%; IC com fração de ejeção intermédia (ICFEi) ou FEVE 40 – 49%; IC com fração de ejeção preservada (ICFEp) ou FEVE  $\geq$  50% (Bagherian-Sararoudi, Gilani, Bahrami & Sanei, 2013).

A IC constitui uma das principais causas de morbilidade e mortalidade na população e de hospitalizações no mundo, com grande impacto social e económico (Samartzis et al., 2014). O quadro clínico da IC caracteriza-se como sendo uma síndrome que está associada a manifestações orgânicas decorrentes de processos que lesionam de forma progressiva o coração, gerando disfunção ventricular esquerda (Clausell, 2003; Francis, 2005). Sendo estas manifestações secundárias, observa-se o desencadear de um conjunto de sintomas provenientes do processo fisiopatológico, como a fadiga e o edema, que adicionados aos restantes sintomas da IC, acabam por limitar as funções físicas e sociais do indivíduo, reduzindo sua esperança média de vida e qualidade de vida (QV; Castro, Verdejo, Garcés & González, 2006). Sendo que a QV é um marcador que se deve ter em atenção, porque diversos estudos mostram que a avaliação desta variável se torna importante para o

prognóstico da IC, em especial visando a identificação de pacientes com maiores riscos de hospitalização e morte (Pena et al., 2010). Para além disso, a percepção de pior QV na IC está ainda associada a determinados traços de personalidade (e.g., pior estabilidade emocional e agradabilidade), a níveis mais elevados de depressão e de ansiedade (Chauvet-Gelinier & Bonin, 2016).

A cronicidade da doença geralmente dá-se devido às alterações fisiológicas às quais os pacientes são expostos ao longo do curso da doença, o que faz com que fatores estressantes se apresentem e acabem por alterar o estilo de vida e a personalidade do paciente (Sadock & Sadock, 2007; Ribeiro & Mantovani, 2001). É notório que por ser uma doença crónica, a IC interfere não só na QV dos pacientes, mas também na sua personalidade e no seu desempenho cognitivo. Observa-se que estes pacientes apresentam dificuldades de adaptação, perda de memória, baixa autoestima, menor estabilidade emocional, sintomas depressivos e ansiosos, entre outros, atingindo não apenas os pacientes, como também os seus familiares (Bocchi, et al., 2009; Feola, Garnero, Vallauri, Salvatico, Vado, Leto & Testa, 2013).

A necessidade de mudança de rotina, com a adoção de novas medidas comportamentais e farmacológicas e a perda de QV, pode potencializar a presença de sintomas psicológicos como a ansiedade, a depressão e o stresse (Chauvet-Gelinier & Bonin, 2016). O paciente sente-se dependente, pois muitas vezes os familiares acabam por participar e estar mais presentes nas suas vidas, exigindo que as mudanças sejam postas em prática e realizadas diariamente, o que pode gerar vontade do paciente se excluir do convívio no contexto familiar e social (Jessup & Brozena, 2003; Stewart, Macintyre, Hole, Capewell & McMurray, 1989). Os efeitos secundários das medicações podem ainda exacerbar estes sintomas. Por isso, é importante seguir o acompanhamento multidisciplinar indicado pelo médico responsável, visando entender a doença e aprender a utilizar, em benefício próprio, ferramentas de apoio como as intervenções psicoeducacionais, entre outras (Santos, Cruz & Barbosa, 2011).

Dependendo da fase de vida que o paciente enfrenta, estas mudanças podem tornar-se de grande importância na sua trajetória de vida, colocando-o em situação de maior vulnerabilidade, podendo apresentar sintomas psicológicos como a ansiedade (e.g., um sentimento de ameaça incerta) e a depressão (e.g., sentimento de perda de esperança). A ansiedade e a depressão são duas das principais manifestações de sofrimento emocional relacionadas com o prognóstico e controlo da doença (Beck & Clark, 2012; Santos, Cruz & Barbosa, 2011). Contudo, mesmo que se reconheça a importância do prognóstico da



depressão e da ansiedade em pessoas com doenças cardíacas, sabe-se que no caso da depressão, apenas cerca de 15% dos casos são diagnosticados. Além disso, alguns estudos revelam que ambos os transtornos, embora observados nos pacientes com doenças crônicas em geral, incluindo doenças cardíacas como a IC, em sua maioria não são diagnosticadas e/ou tratadas (Meneghetti et al., 2017). A relação entre transtornos psicológicos e doenças cardiovasculares têm mostrado que a presença de patologias psicológicas aumenta o risco e agrava o prognóstico destas doenças (Cagle et al., 2017; Vargas, Maia & Dantas, 2006).

De acordo com Brannon e Feist (2001), os fatores psicossociais, incluindo o papel dos traços de personalidade, estão relacionados com o desenvolvimento de grande parte das doenças físicas, em especial das doenças crônicas e infecciosas. Isso dá-se, porque estes traços de personalidade são construídos ao longo do desenvolvimento humano, predizendo assim as ações e sentimentos, bem como a forma como iremos interagir socialmente. Portanto, é importante salientar o papel do contexto social na influência da personalidade e consequentemente na saúde cardiovascular destes pacientes (Steptoe & Molloy, 2007).

### **Ansiedade e Depressão na IC**

Como referido anteriormente, os sintomas psicológicos mais presentes em pacientes com IC são a ansiedade e a depressão, mas sabe-se que os transtornos psicológicos estão presentes em mais de 40% da população com diagnóstico de doenças físicas crônicas (Gomes, Mendonça & Braile, 2007). Transtornos de ansiedade são estados emocionais, repetitivos e/ou persistentes, com componentes psicológicos e fisiológicos, tornando-se patológica quando desproporcional à situação desencadeadora, ou quando não há um objeto específico ao qual ela se direciona (Delfini, Roque & Peres, 2009). Desta forma, pode influenciar a resposta do paciente em relação ao seu diagnóstico médico, acarretando efeitos negativos quanto à aceitação no decorrer do tratamento proposto, assim como em casos que necessitem de procedimentos cirúrgicos, onde seus efeitos chegam a interferir negativamente com a recuperação pós-operatória, exacerbando a sensação de dor em alguns casos (Fontana & Fontana, 2005). Efetivamente, vários estudos têm mostrado que a presença de indicadores de ansiedade na IC parece estar relacionada com um possível aumento de hospitalizações nesta população (Vongmany, Hickman, Lewis, Newton & Phillips, 2016).

Visto que os sintomas de ansiedade possuem características específicas, como a falta de ar, sudorese, taquicardia, entre outros, a sua identificação adequada é de grande importância, visando um melhor diagnóstico e posterior tratamento (Joyce-Moniz & Barros, 2005). Além disso, a forma como a doença se instala e a percepção que o doente tem quanto ao processo do adoecer difere de paciente para paciente. Por este motivo é importante o trabalho da

educação sobre a doença com estes pacientes (Beck & Clark, 2012; Santos et al., 2011). É possível notar que neste processo, cada paciente possuirá uma reação particular. Alguns poderão adaptar-se mais facilmente, enquanto outros poderão apresentar sintomas latentes de angústia, humor depressivo, medo, resistência na adesão ao tratamento médico e psicológico, podendo levar a quadros de maior gravidade com sintomas secundários (Ribeiro & Mantovani, 2001). Para que o paciente possa superar situações como estas, é necessário desenvolver respostas adaptativas e melhorar padrões cognitivos e comportamentais e resiliência, através de psicoeducação e reestruturação cognitiva, assim como mudanças de comportamento face à doença. Estes são alguns exemplos de técnicas psicológicas aplicadas para manter o equilíbrio psicológico do paciente frente às especificidades da sua condição de saúde (Beck & Clark, 2012; Sullivan, Simon, Spertus & Russo, 2002).

Embora exista pouca investigação relacionando a ansiedade no contexto da IC, salienta-se a necessidade de reforçar o desenvolvimento de estudos sobre este tema, visto que a ansiedade é uma comorbidade comum quando se trata de IC, estando presente entre 18% a 45% dos pacientes com a doença em ambulatório. Esta percentagem excede os valores encontrados na população em geral, assim como em pacientes com demais doenças cardíacas ou câncer (Castro et al., 2006; Reidinger, Dracup & Brecht, 2002). Além disso, estudos mais atuais apresentam dados mostrando que a ansiedade e a depressão podem levar ao desenvolvimento de lesões cardiovasculares em indivíduos saudáveis (Cagle et al., 2017). Este resultado reafirma a necessidade de se realizar acompanhamento psicológico como preventivo de problemas de saúde mental e física, e não apenas como corretivo (i.e., após os quadros já se terem agravado). Sugerindo, portanto, que estes cuidados auxiliam na melhoria da percepção de bem-estar desta população, assim como em pacientes com mais idade e com mais comorbilidades relatam maior percepção de sintomas ansiosos e depressivos e pior QV do que os pacientes mais novos (Carneiro, Mathias, Rassi, Moraes, Gozzani & Miranda, 2009).

Conclui-se, portanto, que a IC sendo uma doença que gera profundos transtornos biopsicossociais na vida de seus pacientes, e sendo a ansiedade um dos fatores mais presentes, será importante proceder a uma identificação da sintomatologia ansiosa. Esta identificação permitirá desenvolver de forma mais eficaz as intervenções necessárias na área médica e psicológica que contribuam para a melhoria do estado psicológico do paciente e de seus familiares, assim como para um melhor prognóstico da IC (Morys, Bellwon, Adamczyk & Gruchala, 2016; Ogilvie, Everson-Rose, Longstreth, Rodriguez, Diez-Roux & Lutsey, 2015).

Sendo assim, todas as intervenções acima citadas, em especial as psicoterapêuticas, têm sido utilizadas para o tratamento de pacientes com doenças cardiovasculares, objetivando reduzir o stresse, ansiedade e outros sintomas psicológicos presentes nestes casos, que trazem prejuízo ao paciente. Contudo, existem poucos estudos nesta área, especialmente relacionando a ansiedade como antecessor à depressão nos casos de pacientes com IC, visando o tratamento preventivo e não corretivo como tem ocorrido atualmente (Beck & Clark, 2012; Joyce-Moniz & Barros, 2005; Sadock & Sadock, 2007). Vale salientar a importância do desenvolvimento de estudos relacionando a ansiedade com a IC, pois embora exista grande variabilidade na presença de sintomatologia ansiosa nos casos de IC, a investigação mostra um forte impacto da associação entre ansiedade, depressão e IC no bem-estar físico e psicológico do paciente (Vargas et al., 2006).

### **Presente Estudo**

Este estudo está integrado no projeto de investigação “*Symbiotic technology for societal efficiency gains: Deus ex Machina*” (co-financiado pelo NORTE 2020 e FEDER, NORTE-01-0145-FEDER-00026), especificamente, na primeira fase deste projeto que teve como objetivo a caracterização detalhada dos pacientes com IC. O trabalho que aqui se apresenta teve como objetivo geral contribuir para o aprofundamento do conhecimento sobre o papel da ansiedade nestes pacientes com IC. Definiram-se como objetivos específicos (a) analisar as características clínicas dos pacientes com IC (viz., NYHA e FEVE), (b) caracterizar a presença de ansiedade em pacientes com IC, (c) analisar a relação entre a ansiedade e um conjunto de variáveis críticas na IC (viz., idade, FEVE, défice cognitivo, depressão, QV e personalidade), e (d) comparar participantes com e sem ansiedade em relação às mesmas variáveis. Dado que há resultados substanciais que apoiam uma forte relação positiva entre ansiedade e depressão (Rutledge et al., 2006; Feola et al., 2013; Meneghetti et al., 2017), esta comparação foi conduzida duas vezes: uma sem co-variáveis, e outra controlando os níveis de depressão.

De forma geral, ao aprofundar o conhecimento sobre o papel da ansiedade nos pacientes com IC, este estudo irá contribuir para reforçar a necessidade de desenvolvimento de estratégias mais eficazes na prevenção da ansiedade. Estas estratégias permitirão reduzir possíveis complicações associadas à IC e, a longo prazo, diminuir o número de internamentos.

## Método

### 1. Participantes

Neste estudo participaram 105 pacientes, diagnosticados com IC, com classe de NYHA I, II e III, acompanhados na consulta externa num Hospital Universitário do Norte de Portugal.

Foram definidos como critérios de inclusão: ter diagnóstico de IC, ter mais de 18 anos e ser acompanhado nesta consulta externa. Como critérios de exclusão foram definidos: não possuir capacidade de comunicar de forma escrita ou oral na língua portuguesa ou possuir défice acentuado de acuidade visual.

Do total de participantes avaliados, foram incluídos 89 pacientes no presente estudo, por terem informação completa nas variáveis utilizadas nas análises deste estudo.

Em média os participantes tinham 56.4 anos ( $DP = 12.96$ ), variando entre 24 e 81 anos. Um total de 28 participantes eram do sexo feminino (31.5%) e 61 do sexo masculino (68.5%). Os participantes tinham em média 8 anos de escolaridade ( $M = 8.22$  e  $DP = 4.03$ ), com variação entre 1 e 18 anos. Foi possível verificar que 32.6% ( $n = 29$ ) dos pacientes possuem instrução primária, 11.2% ( $n = 10$ ) têm o 6º ano completo, 28.1% ( $n = 25$ ) possuem 9º ano completo, 18% ( $n = 16$ ) têm ensino secundário e 10.1% ( $n = 9$ ) possuem universitário completo.

Um total de 65 participantes eram casados ou estão em união de facto (73.0%), 15 separados (16.9%), 7 solteiros (7.9%) e 2 viúvos (2.2%). Em média, o agregado familiar era constituído por 2 pessoas, variando entre 0 e 4 ( $DP = 0.55$ ). Relativamente ao rendimento mensal do agregado familiar, 14.6% dos participantes auferiram mais do que 600 euros/mês e 43.8% mais do que 1000 euros/mês.

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica dos participantes ( $N = 89$ )

	<i>N</i>	%
Escolaridade		
Instrução primária	29	32.6
Nível completo de 6ºano	10	11.2
Nível completo de 9ºano	25	28.1
Ensino Secundário	16	18.0
Universitário completo	9	10.1
Estado civil		
Solteiro	7	7.9
Casado/União de facto	65	73.0
Viúvo	2	2.2
Separado/Divorciado	15	16.9
Rendimento familiar		
Inferior a 600 euros/mês	13	14.6
Entre 600 e 999 euros/mês	26	29.2
Entre 1000 e 1999 euros/mês	36	40.4
Entre 2000 e 2999 euros/mês	9	10.1
Entre 3000 e 4999 euros/mês	4	4.5
Igual ou superior a 5000 euros/mês	1	1.1

## 2. Procedimento

Como referido anteriormente, o presente estudo integrou um projeto mais alargado, ainda em curso, que foi aprovado pela Comissão de Ética para a Saúde do Hospital. Todos os participantes foram recrutados no âmbito da consulta externa de IC do hospital, no dia em que tinham consulta programada. Foram informados quanto ao desenvolvimento do estudo pelo médico responsável, pela enfermeira da consulta ou por outro elemento da equipa de investigação, por meio de consentimento informado por escrito. Após consentimento, os participantes eram encaminhados para uma sala destinada a este propósito, onde se realizou a administração do protocolo de avaliação, que teve uma duração média entre uma hora e uma hora e meia. O protocolo de avaliação multidisciplinar incluiu instrumentos de medidas da Cardiologia, Psicologia, Psiquiatria e Nutrição. As variáveis da Cardiologia foram recolhidas pelos Cardiologistas da consulta, enquanto que as variáveis de Psicologia/Psiquiatria e de Nutrição, foram recolhidas por Psicólogos e Nutricionistas da equipa de investigação. Como agradecimento pela colaboração dos participantes, no final da avaliação, era fornecido um voucher no valor de 10 euros. De seguida, descrevem-se apenas os materiais utilizados para o presente estudo.

### **3. Materiais**

#### **3.1 Dados sócio demográficos**

Os dados sócio demográficos foram recolhidos através de entrevista clínica, nomeadamente gênero, idade, estado civil, escolaridade, situação profissional (e.g., trabalhador ativo, reformado, desempregado ou outro), profissão e o rendimento do agregado familiar mensal líquido.

#### **3.2. Variáveis clínicas**

Do registo hospitalar dos pacientes, foram extraídas duas variáveis clínicas: a NYHA, que possui quatro classes sendo: I, II, III e IV, que categoriza a qual classe da IC o paciente está inserido; e a FEVE, que se refere à medição em percentagem de sangue que sai do coração quando este se contrai.

#### **3.3 Ansiedade**

Para avaliar o grau de ansiedade dos participantes, foi utilizada a GAD-7 (Generalized Anxiety Disorder; Spitzer, Kroenke, Williams & Löwe, 2006) validada para Portugal por Sousa et al. (2015). A escala é composta por 7 itens que avaliam a presença de sintomas de ansiedade (e.g., preocupação, dificuldade em relaxar) nos últimos 14 dias. A resposta é dada numa escala que varia entre 0 e 3, referente à frequência dos sintomas (0 = nunca, 1 = em vários dias, 2 = em mais da metade do número de dias e 3 = em quase todos os dias). A pontuação total varia de 0 a 21, sendo que pontuações mais elevadas indicam maior gravidade da sintomatologia ansiosa. Os valores iguais ou superiores a 5 pontos são considerados como indicadores de transtornos de ansiedade (Sousa et al., 2015). A consistência interna, mensurada pelo alpha de Cronbach, nesta amostra foi de 0.93.

### **3.4 Depressão**

Para avaliar o nível de depressão dos participantes foi utilizado o PHQ-9 (Patient Health Questionnaire; Kroenke, Spitzer, & Williams, 2001) validado para Portugal por Torres, Monteiro, Pereira e Albuquerque (2016). O PHQ-9 é constituído por 9 itens que avaliam a presença de sintomas de depressão nos últimos 14 dias (e.g ., humor deprimido, anedonia). A resposta é dada na mesma escala da GAD-7. O resultado final varia entre 0 e 17 pontos, sendo que a uma maior pontuação indica maior gravidade da sintomatologia depressiva. Considera-se que existem indicadores de sintomatologia depressiva, se o resultado final for igual ou superior a 10 pontos (Torres et al., 2016). Neste estudo, a consistência interna do instrumento, medida pelo alpha de Cronbach foi de 0.84.

### **3.5 Funcionamento Cognitivo**

Para avaliar o funcionamento cognitivo dos participantes, foi utilizado o Montreal Cognitive Assessment (MoCA) (Nasreddine et al., 2005) traduzido e validado para Portugal por Freitas, Simões e Santana (2014). É um instrumento breve de rastreio de défice cognitivo, cujo resultado varia entre 0 e 30 pontos. Na versão portuguesa, uma pontuação inferior a 22 pontos indica presença de Déficit Cognitivo Ligeiro e uma pontuação inferior a 17 pontos é considerada indicador de défice cognitivo associado a Síndrome demencial. Mais recentemente, Freitas et al. (2014) definiram igualmente dados normativos para a população Portuguesa, de acordo com idade e escolaridade. A consistência interna, mensurada pelo alpha de Cronbach foi de 0.77.

### **3.6 Qualidade de vida**

Para avaliar a QV dos participantes, foi utilizado o EQ-5D (EuroQol Group, 1990) traduzido e validado para Portugal por Ferreira, Ferreira e Pereira (2013). A escala é composta por 5 dimensões que avaliam mobilidade, cuidados pessoais, atividades habituais, dor/mal-estar e ansiedade/depressão, em três níveis de gravidade associados (1 = sem problemas, 2 = alguns problemas e 3 = problemas extremos). A consistência interna, mensurada pelo alpha de Cronbach, neste estudo foi de 0.43.

### 3.7 Personalidade

Para avaliar a personalidade dos participantes, foi utilizado TIPI – Inventário de Personalidade (Gosling, Rentfrow & Swann, 2003) traduzido e validado para Portugal por Nunes, Limpo, Lima e Castro (2018). A escala é composta por 10 itens que avaliam cinco traços de personalidade: extroversão, agradabilidade, conscienciosidade, estabilidade emocional, abertura à experiência. A resposta é dada numa escala Likert de sete pontos, entre 1 (discordo totalmente) e 7 (concordo totalmente), sendo que valores mais elevados indicam a presença mais forte de um determinado traço.<sup>1</sup>

## 4. Análises Estatísticas

Para a caracterização dos participantes foram utilizadas análises descritivas. Posteriormente, utilizaram-se correlações de Pearson para verificar a associação entre a ansiedade e as demais variáveis consideradas no estudo, nomeadamente, depressão, idade, valor de FEVE, funcionamento cognitivo, QV e personalidade. Por fim, os participantes foram divididos em dois grupos: com e sem indicadores de ansiedade, de acordo com o ponto de corte de 5 proposto por Sousa et al. (2015). Portanto, todos os participantes que obtiveram 5 ou mais pontos na escala de ansiedade foram incluídos no grupo com ansiedade ( $M = 10.48$ ), e todos os que obtiveram menos de 5 pontos na referida escala foram incluídos no grupo sem ansiedade ( $M = 1.55$ ).

Para comparar estes grupos relativamente à depressão, idade, valor de FEVE, funcionamento cognitivo, QV e personalidade (extroversão, agradabilidade, conscienciosidade, estabilidade emocional e abertura a novas experiências) foram realizadas Análises de Variância (ANOVAs). De seguida, foram conduzidas análises de covariância (ANCOVAs) com as mesmas variáveis dependentes, mas introduzindo os níveis de depressão como co-variável. Realizaram-se assim, duas análises para examinar diferenças entre os grupos com e sem ansiedade sem controlar a depressão, e depois controlando a

---

<sup>1</sup> Dado que os fatores são constituídos por dois itens, não foi calculado o alpha de Cronbach. No entanto, o artigo original demonstrou a boa fiabilidade e validade do instrumento (Nunes, Limpo, Lima & Castro, 2018).



depressão. Este segundo grupo de análises foi conduzido para controlar a variabilidade dos níveis de depressão nas análises isolando o papel da ansiedade.

## Resultados

### 1. Análise descritiva

No que diz respeito às características clínicas dos participantes deste estudo, conforme Tabela 2, em média, este grupo apresentava FEVE de 36.67 ( $DP = 13.74$ ), sendo que 48 participantes (54.2%) apresentavam FEVE reduzida ( $< 40\%$ ), 24 participantes (26.9%), FEVE intermédia (40-50%) e 17 participantes (18.9%) com FEVE preservada ( $\geq 50\%$ ) de valor registado mais próximo da consulta. Relativamente à classe de NYHA, 29 participantes (32.6%) estão em classe I, 48 (53.9%) em classe II e 12 participantes (13.5%) em classe III.

Tabela 2. Caracterização dos participantes quanto a FEVE e Classe de NYHA.

	<i>N</i>	%
FEVE <i>M (DP)</i>	36.57 (13.74)	
Mín-Max	7 – 65	
FEVE $<40\%$	48	54.2
FEVE 40-50%	24	26.9
FEVE $\geq 50\%$	17	18.9
Classe de NYHA		
Classe I	29	32.6
Classe II	48	53.9
Classe III	12	13.5

No que diz respeito à Ansiedade, os participantes obtiveram uma pontuação média de 6.47 ( $DP = 5.47$ ), variando entre 0 e 21 pontos. Utilizando o ponto de corte proposto por Sousa et al. (2015) nos 5 pontos, verificou-se que 55% dos participantes tinham indicadores de ansiedade. Relativamente à depressão, os participantes apresentaram uma média de 5.70 ( $DP = 5.02$ ) pontos, variando entre 0 e 18 pontos. De acordo com o ponto de corte proposto por Torres et al. (2016) nos 5 pontos, verificou-se que 46% dos participantes tinham indicadores de depressão. Quanto ao funcionamento cognitivo, os participantes apresentaram uma pontuação média de 21.68 ( $DP = 4.61$ ) pontos, variando entre 6 e 30. Utilizando o ponto de corte proposto por Freitas et al. (2014), observou-se que 34% apresentou indicadores de Déficit Cognitivo Ligeiro e 12% apresentou indicadores de déficit cognitivo associado a Síndrome demencial.

Quanto à qualidade de vida os pacientes com IC obtiveram uma média de 2.81 ( $DP = 0.22$ ). Considerando que o valor 3 é o máximo do instrumento, indicando a presença de

problemas extremos, é possível inferir que estes pacientes percebem a sua qualidade de vida como má.

No que diz respeito às dimensões de personalidade, observou-se na dimensão de Extroversão uma média global de 4.36 ( $DP = 1.57$ ). Na dimensão de Agradabilidade, os participantes do grupo global obtiveram uma média de 5.93 ( $DP = 1.20$ ). Relativamente à dimensão Conscienciosidade, pôde observar-se uma pontuação média de 5.59 ( $DP = 1.24$ ). Na dimensão Estabilidade emocional os participantes do grupo global obtiveram uma média de 3.44 ( $DP = 1.31$ ). Por fim, na dimensão de Abertura a novas experiências, os participantes obtiveram uma média global de 5.16 ( $DP = 1.47$ ).

Tabela 3. Distribuição das características dos participantes para amostra global, sem e com indicadores de ansiedade.

	Total ( <i>n</i> = 89)			Sem ansiedade ( <i>n</i> = 40)			Com ansiedade ( <i>n</i> = 49)		
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>min- máx</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>min- máx</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>min- máx</i>
Ansiedade	6.47	5.47	0-21	1.55	1.17	0-4	10.48	4.14	5-21
Depressão	5.70	5.02	0-18	3.15	3.27	0-12	7.79	5.25	0-18
Idade	56.36	12.96	24-81	53.18	12.44	24-75	58.96	12.91	28-81
Valor de FEVE	36.57	13.74	7-65	36.25	13.42	7-65	36.84	14.12	10-65
MoCA	21.68	4.61	6-30	23.30	4.31	12-30	20.36	4.46	6-30
Qualidade de vida	2.81	0.22	1.80-3	2.86	0.15	2.40-3	2.77	0.26	1.80-3
Extroversão	4.36	1.57	1-7	4.32	1.60	1.5-7	4.39	1.55	1-7
Agradabilidade	5.93	1.20	1.5-7	6.15	1.14	3-7	5.75	1.23	1.5-7
Conscienciosidade	5.59	1.24	2.5-7	5.56	1.26	3-7	5.62	1.25	2.5-7
Estabilidade emocional	3.44	1.31	1-7	3.83	1.24	1-6	3.13	1.30	1-7
Abertura à experiência	5.16	1.47	1-7	5.16	1.64	1-7	5.16	1.34	2-7

## 2. Análise da associação entre variáveis

A Tabela 4 apresenta dados relativos à associação entre variáveis. Verificou-se que a ansiedade se correlacionou positivamente com a depressão ( $r = 0.63, p < .001$ ), e negativamente com o desempenho cognitivo ( $r = -0.29, p < .001$ ), a QV ( $r = -0.30, p < .001$ ) e a estabilidade emocional ( $r = -0.38, p < .001$ ). Estes resultados indicam que maiores níveis de ansiedade estão associados a maiores níveis de depressão, pior desempenho cognitivo, percepção de pior QV e menor estabilidade emocional. Similarmente, verificou-se ainda que a depressão apresentou correlações negativas com o desempenho cognitivo ( $r = -0.23, p < .05$ ), a QV ( $r = -0.42, p < .001$ ) e a estabilidade emocional ( $r = -0.37, p < .001$ ). Estes valores indicam que níveis mais elevados de sintomatologia depressiva estão associados a pior desempenho cognitivo, percepção de pior QV e menor estabilidade emocional.

A idade apresenta uma correlação negativa com o desempenho cognitivo ( $r = -0.40, p < .001$ ) e a QV ( $r = -0.29, p < .001$ ), indicando que ter mais idade está associado a pior desempenho cognitivo e pior percepção de QV. A idade apresenta ainda correlações positivas com a extroversão ( $r = 0.23, p < .05$ ) e a conscienciosidade ( $r = 0.28, p < .01$ ),

mostrando que a idade mais avançada está associada a níveis mais elevados de expressão destas dimensões da personalidade.

A FEVE apresentou apenas uma associação positiva com a medida de personalidade da conscienciosidade ( $r = 0.21, p < .05$ ), indicando que uma percentagem mais elevada da FEVE está associada a níveis mais elevados de conscienciosidade.

Para além das associações já identificadas, o desempenho cognitivo no MoCA apresentou correlações positivas com a QV ( $r = 0.30, p < .01$ ), a estabilidade emocional ( $r = -0.21, p < .05$ ) e a abertura a novas experiências ( $r = 0.25, p < .05$ ), indicando que melhores níveis de desempenho cognitivo estão associados a uma percepção de melhor QV, maior estabilidade emocional e maior abertura a novas experiências. Uma melhor percepção de QV aparece também associada a maior estabilidade emocional ( $r = .32, p < .01$ ).

Por fim, analisando a associação entre as dimensões da personalidade, verifica-se que níveis mais elevados de extroversão estão associados a níveis mais elevados de abertura a novas experiências ( $r = 0.37, p < .001$ ). Para além disso, níveis mais elevados de agradabilidade apresentam correlações positivas com a conscienciosidade ( $r = 0.28, p < .01$ ) e com a estabilidade emocional ( $r = 0.22, p < .05$ ).

Tabela 4. Correlações bivariadas entre todas as variáveis do estudo

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1. Ansiedade	--										
2. Depressão	.63**	--									
3. Idade	.20	.09	--								
4. FEVE	.01	.09	-.01	--							
5. MoCA	-.29**	-.23*	-.40**	-.04	--						
6. Qualidade de Vida	-.30**	-.42**	-.29**	.00	.30**	--					
7. Extroversão	-.07	-.16	.23*	.03	-.10	.03	--				
8. Agradabilidade	-.19	-.12	-.01	.15	.13	.07	.01	--			
9. Conscienciosidade	-.05	-.03	.28**	.21*	-.09	-.18	.03	.28**	--		
10. Estabilidade	-.38**	-.38**	-.08	-.08	.22*	.32**	-.02	.22*	-.09	--	
11. Abertura à experiência	-.00	-.18	-.04	-.15	.25*	.16	.37**	.19	.01	-.01	--

\*  $p < .05$ . \*\*  $p < .01$ . \*\*\*  $p < .001$

### 3. Comparação entre participantes com e sem indicadores significativos de ansiedade

A Tabela 5 apresenta um resumo dos resultados das ANOVAs e das ANCOVAs conduzidas.

Quanto à variável da depressão, os resultados mostraram diferenças significativas entre participantes com e sem indicadores de ansiedade,  $F(1, 89) = 23.73, p < .001, \eta_p^2 = .21$ . Especificamente, as médias obtidas pelos participantes sem indicadores de ansiedade foram inferiores às médias obtidas pelos participantes com indicadores de ansiedade ( $M = 3.15$  vs.  $M = 7.79$ , respectivamente).

Verificou-se ainda que havia diferenças quanto à idade entre os participantes com e sem indicadores de ansiedade,  $F(1, 89) = 4.56, p = .036, \eta_p^2 = .05$ . Concretamente, verificou-se que os participantes com indicadores de ansiedade eram mais velhos do que aqueles sem indicadores de ansiedade ( $M = 58.96$  vs.  $M = 53.18$ , respectivamente).

Quanto ao desempenho cognitivo, os participantes com indicadores de ansiedade apresentaram pior desempenho cognitivo,  $F(1, 89) = 9.78, p = .002, \eta_p^2 = .10$ , do que os participantes sem ansiedade ( $M = 20.36$  vs.  $M = 23.30$ , respectivamente).

Para além disso, os participantes com indicadores de ansiedade apresentam níveis significativamente mais baixos de estabilidade emocional em comparação com os participantes sem indicadores de ansiedade,  $F(1, 89) = 6.69, p = .011, \eta_p^2 = .07$ . Sendo que os participantes sem indicadores de ansiedade apresentaram uma média superior às dos participantes com indicadores de ansiedade ( $M = 3.83$  vs.  $M = 3.13$ , respectivamente).

Controlando para o efeito da depressão, as diferenças significativas entre participantes com e sem indicadores de ansiedade mantiveram-se apenas para a estabilidade emocional,  $F(1, 89) = 7.75, p = .001, \eta_p^2 = .15$ , e para o funcionamento cognitivo,  $F(1, 89) = 5.32, p = .007, \eta_p^2 = .11$ . Especificamente, verificou-se que os participantes com indicadores de ansiedade mostraram menor estabilidade emocional e pior desempenho cognitivo que os participantes sem indicadores de ansiedade. Além disso, observou-se ainda que a QV apresentou diferenças significativas entre os dois grupos, apenas quando se controlou o efeito da depressão,  $F(1, 89) = 9.43, p < .001, \eta_p^2 = .18$ . Assim os participantes sem indicadores de ansiedade apresentaram uma média superior quando comparados com participantes com indicadores de ansiedade ( $M = 2.86$  vs.  $M = 2.77$ , respetivamente). Resumindo, quando se controlou os efeitos da depressão, notou-se que a ansiedade afetava os pacientes em variáveis de grande importância.

Tabela 5. Comparação entre participantes com e sem indicadores de ansiedade

	Sem controle			Com controle		
	<i>F</i>	<i>p</i>	$\eta_p^2$	<i>F</i>	<i>p</i>	$\eta_p^2$
Depressão	23.72	< .001	0.21	--	--	--
Idade	4.56	0.04	0.05	2.26	0.11	0.05
FEVE	0.04	0.84	< .001	0.37	0.69	.01
MoCA	9.78	.002	0.10	5.32	.01	0.11
Qualidade de vida	3.61	0.06	0.04	9.43	< .001	0.18
Extroversão	0.05	0.83	.001	1.72	0.18	0.04
Agradabilidade	2.39	0.12	0.03	1.29	0.28	0.03
Conscienciosidade	0.05	0.82	.001	0.14	0.87	.003
Estabilidade emocional	6.69	0.01	0.07	7.75	0.01	0.15
Abertura à experiência	< .001	.99	< .001	1.95	0.15	0.04

## **Discussão**

Este estudo teve como objetivo analisar as características dos pacientes com IC, relacionar os seus níveis de ansiedade com a depressão, idade, FEVE, desempenho cognitivo, QV e personalidade e examinar as diferenças entre grupos com e sem indicadores de ansiedade controlando e não controlando a depressão. De forma geral, os resultados mostraram que cerca de metade da amostra apresentou indicadores de ansiedade. Mais ainda, verificamos que os níveis de ansiedade estavam associados a variáveis críticas na IC (viz., depressão, desempenho cognitivo, QV e estabilidade emocional). Estes resultados estão de acordo com a literatura mostrando que cerca de 40% dos pacientes com IC demonstram ter altos índices de ansiedade (Konstam, Moser, & Jong, 2005), salientando a importância de atender a este transtorno na IC (Meneghetti et al., 2017).

### **1. Ansiedade na IC**

De forma geral, nossos resultados mostraram que a ansiedade possui correlação com a depressão, conforme a literatura prévia que tem demonstrado a prevalência de comorbidade entre estas duas variáveis (Carneiro et al., 2009; Meyer, Hussein, Lange & Herrmann-Lingen, 2013; Morys et al., 2016). Sabe-se que a ansiedade e depressão têm sido negligenciadas por profissionais da área, que se têm maioritariamente focado em como reconhecer e lidar com os sintomas assim como nos efeitos da IC na vida dos pacientes (Delfini, Roque & Peres, 2009; Konstam et al., 2005). Além disso, a ansiedade e a depressão na IC parecem estar associadas com outros sintomas (Pena et al., 2010; Sokoreli, Vries, Pauws & Steyerberg, 2016). Nomeadamente, alguns estudos mostram os efeitos adversos da ansiedade na QV, percepção de bem-estar, fatores emocionais e desempenho cognitivo (Gomes, Mendonça & Braile, 2007; Reidinger, Dracup & Brecht, 2002; Samartzis et al., 2014; Vongmany et al., 2016). Estes indicadores acabam por exacerbar os sintomas da IC, e como não são tratados sobrecarregam esta população que já se encontra em vulnerabilidade. Também no presente estudo se verificou uma correlação negativa da ansiedade com o desempenho cognitivo, a QV e a estabilidade emocional.

Observamos ainda que níveis mais elevados de depressão estavam associados a pior desempenho cognitivo, pior QV, menor estabilidade emocional, e, criticamente, maiores



níveis de ansiedade. Resultados semelhantes já foram publicados na literatura (Chauvet-Gelinier & Bonin, 2016; Moser et al., 2016; Ogilvie et al., 2015; Sullivan et al., 2002). Esta associação entre ansiedade e depressão foi um dos principais motivos pelos quais as comparações entre pacientes com e sem ansiedade foram conduzidas primeiro sem controlar a depressão e depois controlando esta variável. Aliás, os resultados confirmaram que efetivamente os pacientes com níveis mais elevados de ansiedade apresentam também maiores níveis de depressão do que os pacientes sem indicadores de ansiedade.

Quanto à idade, estes resultados também foram ao encontro dos demais estudos que demonstram que mais idade está associada a maior prevalência de IC, pior o desempenho cognitivo e pior a percepção de QV (Cagle et al., 2017; Gaviria, Pliskin & Kney, 2011). Verificou-se ainda que, conforme a literatura, os pacientes com índices mais elevados de ansiedade eram mais velhos do que os pacientes com menores índices de ansiedade (MacMahon & Lip, 2002; Yohannes, Willgoss, Baldwin & Connolly, 2009). Contudo é de notar que esta diferença desapareceu quando se controlou a depressão, mostrando a importância desta última variável na associação entre idade e ansiedade. Estes resultados são importantes porque entre muitas explicações possíveis, sabe-se que pacientes mais velhos apresentam maior comprometimento a nível imunológico associado a eventos ansiosos ou depressivos do que pacientes mais novos (Castro et al., 2006; Kiecolt-Glaser, McGuire, Robles & Glaser, 2002). Além disso, sabe-se que o impacto da idade na depressão pode variar com as mudanças ocorridas a nível social, psicológico e biológico. Portanto, a idade pode interagir com a depressão e esta interação pode aumentar os riscos de morbidade e mortalidade entre pessoas em maiores faixas etárias (Kiecolt-Glaser et al., 2002; Putman-Casdorph & McCrone, 2009).

Relativamente ao funcionamento cognitivo, verificou-se uma associação significativa entre esta variável e a ansiedade, sendo que participantes com indicadores de ansiedade apresentaram pior desempenho cognitivo do que os participantes sem esses indicadores. Este efeito manteve-se mesmo depois de se controlar para a depressão. Estes resultados alertam para a relação entre o comprometimento cognitivo e a ansiedade nestes pacientes. Esta relação é problemática porque os fatores psicológicos podem exacerbar os sintomas cognitivos, o que indiretamente poderá constituir uma barreira ao autocuidado, que é um aspecto crítico na gestão da IC. Desta forma, podem ter dificuldades em manter os seus cuidados básicos de saúde (Cameron et al., 2015; Yohannes et al., 2009). Justamente, sabe-se que se houver a presença de disfunção cognitiva haverá prejuízo no cuidado com as atividades de vida diária do paciente (Feola et al., 2013; Gaviria, Pliskin & Kney, 2011),

afetando assim sua sociabilidade, abertura a novas experiências, adesão ao tratamento e a sua QV (Cameron et al., 2015; Steptoe & Molloy, 2007).

Observamos ainda que depois de controlar a depressão, os pacientes com ansiedade reportaram uma pior QV do que os pacientes sem ansiedade. Segundo Moser et al. (2016), a depressão, além da ansiedade, também está associada à pior QV relacionada com a saúde em pacientes com IC, pois ambos os transtornos psicológicos interferem na capacidade do paciente em lidar com as atividades do dia a dia, prejudicando assim a sua QV. Contudo, é importante salientar que a ansiedade e a depressão associadas à idade têm implicações na QV. Tendo sido descrito que pacientes em faixas etárias superiores e com mais comorbidades, apresentam pior QV do que pacientes mais jovens (Cagle et al., 2017; Reidinger, Dracup & Brecht, 2002).

## **2. Limitações e indicações futuras**

Apesar de este trabalho ser um importante contributo para a compreensão dos transtornos psicológicos na IC, em particular, a ansiedade, algumas limitações do estudo deverão ser consideradas na interpretação dos resultados. Primeiro, o estudo conduzido é de natureza transversal e as análises conduzidas correlacionadas. Desta forma, qualquer assumpção de causalidade entre as variáveis fica comprometida. No futuro, será importante conduzir estudos longitudinais que permitam perceber se a ansiedade é um preditor de outros sintomas na IC, como por exemplo, a depressão, ou o resultado destes. Segundo, devido ao tamanho da amostra e à sua distribuição não equitativa relativamente à classe da IC e outras variáveis (e.g., escolaridade, rendimento ou estado civil), não foi possível examinar a associação destas com a ansiedade. Estudos futuros deverão incluir amostras maiores com um número equivalente de participantes nas diferentes categorias das variáveis categoriais que permita comparações estatísticas.

## **3. Implicações clínicas**

Os nossos resultados reafirmam a importância de atender à ansiedade na IC, dada a sua associação a fatores relevantes no tratamento e prognóstico da doença. Aqui, apresentamos novos dados quanto a importância de ampliarmos os estudos do impacto da ansiedade em

pacientes com IC, pois mesmo controlando para a depressão, os participantes ainda apresentam diferenças significativas na depressão, QV, estabilidade emocional e desempenho cognitivo. Parece assim importante reforçar o papel da psicologia no tratamento da IC, visando especialmente o tratamento e acompanhamento terapêutico para que se possa amenizar os efeitos tanto da ansiedade quanto da depressão nesta população. Torna-se assim indicada a aplicação de técnicas psicoterapêuticas eficazes, assim como de modelos de intervenção psicoterapêutica, como a terapia cognitivo comportamental. Este modelo tem como objetivo realizar o tratamento no sentido da redução da ansiedade e dos sintomas depressivos, através de psicoterapia breve e da aplicação de técnicas psicoterapêuticas que permitem, através de atividades práticas, a consciencialização do problema e a busca de soluções práticas, ensinando o paciente a lidar com sintomas cognitivos e comportamentais. É comumente solicitado quer por psicólogos, quer pelos cardiologistas que os pacientes com IC procedam a algumas mudanças de atividades de vida diária, como a prática de atividades físicas aeróbicas e reabilitação cardíaca, objetivando reduzir os sintomas ansiosos e depressivos e melhorar a capacidade cardiovascular.

## **Conclusão**

Em suma, este trabalho salientou a importância da ansiedade como fator psicológico que afeta a população com IC. Parece-nos importante que sejam desenvolvidas novas pesquisas na área das doenças crônicas, em especial das doenças cardíacas, para que se possa agir de forma preventiva com estes pacientes. Visto que, conforme os estudos anteriores e resultados aqui apresentados, os fatores psicológicos tendem a ser deixados de lado, agravando assim os quadros de saúde destas populações. O presente estudo tem importantes implicações para a prática clínica e para a investigação no campo da Psicologia, nomeadamente com informação passível de contribuir para a melhoria da intervenção psicológicas nos pacientes com IC. Para além disso, reforça a necessidade de realização de estudos futuros, nomeadamente com o desenvolvimento de intervenções psicoterapêuticas que visem melhorar as técnicas de coping, reestruturação e ressignificação dos sintomas psicológicos, assim como a promoção de intervenções psicoeducativas nestes transtornos, com vista à melhoria da QV destes pacientes.

## Referências

- Bagherian-Sararoudi, R., Gilani, B., Bahrami E. H., & Sanei, H. (2013). Relationship between left ventricular ejection fraction and depression following myocardial infarction: an original article. *ARYA Atherosclerosis*, 9, 16-21.
- Beck, A., & Clark, D. A. (2012). *Terapia cognitiva para os transtornos de ansiedade*. Porto Alegre: Artmed.
- Bocchi, E. A., Marcondes-Braga, F. G., Ferreira, S. M. A., Rohde, L. E. P., Oliveira, W. A., Almeida, D. R., ... Montera, W. M. (2009). *Sociedade brasileira de cardiologia: III Diretriz brasileira de insuficiência cardíaca crônica*. Arquivo Brasileiro de Cardiologia.
- Brannon, L., & Feist, J. (2001). *Psicología de la salud*. Madrid: Thomson.
- Cagle, J. G., Bunting, M., Kelemen, A., Lee, J., Terry, D., & Harris, R. (2017). Psychosocial needs and interventions for heart failure patients and families receiving palliative care support – a systematic review. *Heart Failure Reviews*, 22: 565. doi: 10.1007/s10741-017-9596-5.
- Cameron, J., Rendell, P. G., Ski, C. F., Kure, C. E., McLennan, S. N., Rose, N. S., ... Thompson, D. R. (2015). PROspective Memory Training to improve Heart failUre Self-care (PROMETHEUS): study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 16, 196. doi: 10.1186/s13063-015-0721-2.
- Carneiro, A. F., Mathias, L. A. S. T., Rassi Jr. A., Moraes, N. S., Gozzani, J. L., & Miranda, A. P. (2009). Avaliação da ansiedade e depressão no período pré-operatório em pacientes submetidos a procedimentos cardíacos invasivos. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, 59, 431-438. doi: 10.1590/S0034-70942009000400005.

- Castro, G. P., Verdejo, H. P., Garcés, J. L., & González, I. (2006). Predictores de mortalidad intrahospitalaria e hospitalización prolongada em la insuficiencia cardíaca. *Revista Medica do Chile*, 134, 83-91. doi: 10.4067/S0034-98872006000900001.
- Chauvet-Gelinier, J., C. & Bonin, B. (2016). Stress, anxiety and depression in heart disease patients: A major challenger for cardiac rehabilitation. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*. doi: 10.1016/j.rehab.2016.09.002.
- Clausell, N. (2003). Fisiopatologia da insuficiência cardíaca. In A. C. P. Barretto & E. A. Bocchi (Eds.), *Insuficiência cardíaca* (pp. 23-27). São Paulo: Segmento.
- Delfini, A. B. L., Roque, A. P., & Peres, R. S. (2009). Sintomatologia ansiosa e depressiva em adultos hospitalizados: Rastreamento em enfermagem clínica. *Revista Interinstitucional de Psicologia*, 2, 12-22.
- EuroQol – A new facility for the measurement of health-related quality of life. (1990). *Health Policy*, 16, 199 – 208. doi: 10.1016/0168-8510(90)90421-9.
- Feola, M., Garnero, S., Vallauri, P., Salvatico, L., Vado, A., Leto, L., & Testa, M. (2013). Relationship between cognitive function, depression/anxiety and functional parameters in patients admitted for congestive heart failure. *The Open Cardiovascular Medicine Journal*, 7, 54 – 60. doi: 10.2174/1874192401307010054.
- Felker, G. M., Adams, K. F., Konstam, M. A., O'Connor, C. O., & Gheorghiade, M. (2003). The problem of decompensated heart failure: Nomenclature, classification and risk stratification. *American Heart Journal*, 145, 18-25. doi: 10.1067/mhj.2003.150.
- Ferreira, P. L., Ferreira, L. N., & Pereira, L. N. (2013). Contribution for the validation of the Portuguese version of EQ-5D. *Acta Medica Portuguesa*, 26: 664 – 675.
- Fontana, A. M., & Fontana, M. C. P. S. (2005). Transtornos do humor. In: A. M. Fontana, (Ed.). *Manual de clínica em psiquiatria*. (pp.295-316).São Paulo: Atheneu.

- Francis, G. S. (2005). Fisiopatologia da síndrome clínica de insuficiência cardíaca. In: E. J. Topol, *Tratado de cardiologia*. (pp.1541-1570). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Freitas, S., Simões, M. R., & Santana, I. (2014). Montreal Cognitive Assessment (MoCA): Pontos de corte no déficit cognitivo ligeiro, doença de alzheimer, demência frontotemporal e demência vascular. *Sinapse*, 14, 18 – 30.
- Gaviria, M. F., Pliskin, N. H., & Kney, A. (2011). Cognitive impairment in patients with advanced heart failure and its implications on decision-making capacity. *Congestive heart failure*, 17, 175 – 9. doi: 10.1111/j.1751-7133.2011.00242.x.
- Gomes, W. J., Mendonça, J. T., & Braile, D. M. (2007). Resultados em cirurgia cardiovascular: oportunidade para rediscutir o atendimento médico e cardiológico no sistema público de saúde do país. *Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular*, 22, 3-4. doi: 10.1590/S0102-76382007000400002.
- Gosling, S. D., Rentfrow, P. J., & Swann, W. B. (2003). A very brief measure of the Big-Five personality domains. *Journal of Research in Personality*, 37, 504 – 528. doi: 10.1016/S0092-6566(03)00046-1.
- Jessup, M., & Brozena, S. (2003). Heart failure. *New England Journal Medicine*, 348. doi: 10.1056/NEJMra021498.
- Joyce-Moniz, L., & Barros, L. (2005). *Psicologia da doença para cuidados de saúde: desenvolvimento e intervenção*. Porto: Edições Asa.
- Kiecolt-Glaser, J. K., McGuire, L., Robles, T. F., & Glaser, R. (2002). Emotions, morbidity and mortality: New perspectives from Psychoneuroimmunology. *Annual Review of Psychology*, 53, 83 – 107. doi: 10.1146/annurev.psych.53.100901.135217.
- Konstam, V., Moser, D. K., & Jong, M. J. (2005). Depression and anxiety in heart failure. *Journal of Cardiac Failure*, 11, 455 – 463. doi: 10.1016/j.cardfail.2005.03.006.

- Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. W. (2001). The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine*, 16, 606 – 613. doi: 10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x.
- MacMahon, K. M. A., & Lip, G. Y. H. (2002). Psychological factors in heart failure: A review of the literature. *Arch Internal Medicine*, 162, 509 – 516. doi: 10.1001/archinte. 162.5.509.
- Meneghetti, C. C., Guidolin, B. L., Zimmermann, P. R., & Sfoggia, A. (2017). Screening for symptoms of anxiety and depression in patients admitted to a university hospital with acute coronary syndrome. *Trends in Psychiatry and Psychoterapy*, 39, 12 – 18. doi: 10.1590/2237-6089-2016-0004.
- Meyer, T., Hussein, S., Lange, H. W., & Hermann-Lingen, C. (2013). Anxiety is associated with a reduction in both mortality and major adverse cardiovascular events five years after coronary stenting. *European Journal of Preventive Cardiology*, 22, 75 – 82. doi: 10.1177/2047487313505244.
- Moryś, J. M., Bellwon, J., Adamczyk, K., & Gruchała, M. (2016). Depression and anxiety in patients with coronary artery disease measured by means of self-report measures and clinician-rated instrument. *Kardiologia Polska*, 74, 53 – 60. doi: 10.5603/KP.a2015.0116.
- Moser, D. K., Arslanian-Engoren, C., Biddle, M. J., Chung, M. L., Dekker, R. L., Hammash, M. H., ... Lennie, T. A. (2016). Psychological aspects of heart failure. *Current Cardiology Reports*, 18, 119. doi: 10.1007/s11886-016-0799-5.
- Nasreddine, Z. S., Phillips, N. A., Bédirian, V., Charbonneau, S., Whitehead, V., Collin, I., Cummings, J. L., ... Chertkow, H. M. (2005). The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: a brief screening tool for mild cognitive impairment. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53, 695 – 9. doi: 10.1111/j.1532-5415.2005.53221.x.



- Nunes, A., Limpo, T., Lima, C. F., & Castro, S. L. (2018). Short Scales for the Assessment of Personality Traits: Development and Validation of the Portuguese Ten-Item Personality Inventory (TIPI). *Frontiers in Psychology*, 9, 461. doi: 10.3389/fpsyg.2018.00461.
- Ogilvie, R. P., Everson-Rose, S. A., Longstreth, W. T. J., Rodriguez, C. J., Diez-Roux, A. V., Lutsey, P. L. (2015). Psychosocial factors and risk of incident heart failure – The multi-ethnic study of atherosclerosis. *Circulation Heart Failure*, 9, e002243. doi: 10.1161/circheartfailure.115.002243.
- Pena, F. M., Carreira, M. A. M. Q., Faria, C. A. C., Modenesi, R. F., Barcelos, A. F., Piraciaba, M. C. T., ... Soares, S. J. (2010). Sintomas depressivos e hospitalizações por insuficiência cardíaca: prevalência, preditores e mortalidade. *Insuficiência Cardíaca*, 5, 178-184.
- Ponikowski, P., Voors, A. A., Anker, S. D., Bueno, H., Cleland, J. G. F., Coats, A. J. S., ... Van der Meer, P. (2016). 2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure: The task force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC) Developed with the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. *European Heart Journal*, 37, 2129-2200. doi: 10.1093/eurheartj/ehw128.
- Putman-Casdorph, H., & McCrone, S. H. (2009). Chronic obstructive pulmonary disease, anxiety, and depression: state of the science. *Heart & lung: the journal of critical care*, 38, 34 – 47. doi: 10.1016/j.hrtlng.2008.02.005.
- Reidinger, M. S., Dracup, K. A., & Brecht, M. L. (2002). Quality of life women with heart failure, normative groups, and patients with other chronic conditions. *American Journal of Critical Care*, 11, 210-219.

- Ribeiro, D. S., & Mantovani, M. F. (2001). Caminhando para a cronicidade: as representações do adoecimento em adultos com dor torácica aguda. *Cogitare Enfermagem*, 6, 97-104. doi:10.5380/ce/v6i1/44911.
- Rutledge, T., Reis, V. A., Linke, S. E., Greenberg, B. H., & Mills, P. J. (2006). Depression in heart failure: A meta-analytic review of prevalence, intervention effects, and associations with clinical outcomes. *Journal of the American College of Cardiology*, 48, 1527 – 1537. doi: 10.1016/j.jacc.2006.06.055.
- Sadock, B., & Sadock, V. (2007). *Compêndio de psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica*. 9ª edição. São Paulo: Artmed.
- Samartzis, L., Dimopoulos, S., Manetos, C., Agapitou, V., Tasoulis, A., Tseliou, E., ... Nanas, S. (2014). Neuroticism personality trait is associated with quality of life in patients with chronic heart failure. *World Journal of Cardiology*, 6, 1113 – 1121. doi: 10.4330/wjc.v6.i10.1113.
- Santos, M. A., Cruz, D. A. L. M., & Barbosa, R. L. (2011). Fatores associados ao padrão de sono de pacientes com insuficiência cardíaca. *Revista da escola de enfermagem da USP*, 45, 1105-12. doi: 10.1590/S0080-62342011000500011.
- Sokoreli, I., Vries, J. J. G., Pauws, S. C., & Steyerberg, E. W. (2016). Depression and anxiety as predictors of mortality among heart failure patients: systematic review and meta-analysis. *Heart Failure Review*, 21, 49 – 63. doi: 10.1007/s10741-015-9517-4.
- Sousa, T. V., Viveiros, V., Chai, M. V., Vicente, F. L., Jesus, G., Carnot, M. J., ... Ferreira, P. L. (2015). Reliability and validity of the Portuguese version of the Generalized Anxiety Disorder (GAD-7) scale. *Health and Quality of Life Outcomes*, 13, 60. doi: 10.1186/s12955-015-0244-2.

- Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B. W., & Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Arch Internal Medicine*, 166, 1092 – 1097. doi: 10.1001/archinte.166.10.1092.
- Step toe, A., & Molloy, G. J. (2007). Personality and heart disease. *Heart*, 93, 783 – 784. doi: 10.1136/hrt.2006.109355.
- Stewart, A. T., Macintyre, K., Hole, D. J., Capewell, S., & McMurray, J. J. V. (1989). Functional status and well-being of patients with chronic conditions: results from the medical outcomes study. *The journal of the American Medical Association*, 262, 907-913.
- Sullivan, M., Simon, G., Spertus, J., & Russo, J. (2002). Depression-related costs in heart failure care. *Archives Internal Medicine*, 162. doi: 10.1001/archinte.162.16.1860.
- Torres, A., Monteiro, S., Pereira, A., & Albuquerque, E. (2016). Reliability and validity of the PHQ-9 in Portuguese women with breast cancer. *EpSBS*, 2016, 411-23. doi: 10.15405/epsbs.2016.07.02.39.
- Vargas, T. V. P., Maia, E. M., & Dantas, R. A. S. (2006). Sentimentos de pacientes no pré-operatório de cirurgia cardíaca. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 14. doi: 10.1590/S0104-11692006000300012.
- Vongmany, J., Hickman, L. D., Lewis, J., Newton, P. J., & Phillips, J. L. (2016). Anxiety in chronic heart failure and the risk of increased hospitalisations and mortality: A systematic review. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 15, 478 – 485. doi: 10.1177/1474515116635923.
- Yohannes, A. M., Willgoss, R. C., Baldwin, R. C., & Connolly, M. J. (2009). Depression and anxiety in chronic heart failure and chronic obstructive pulmonary disease: prevalence, relevance, clinical implications and management principles.

*International Journal of Geriatric Psychiatry* 12, 1209 – 1221. doi:  
10.1002/gps.2463.